

## DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori MALAGODI, FASSINO e CANDIOTO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA L'8 LUGLIO 1988

### Nuove norme in materia di assistenza psichiatrica

ONOREVOLI SENATORI. – Il presente disegno di legge riguarda un problema, quello dell'assistenza psichiatrica, estremamente complesso e delicato, tale da richiedere un'attenta considerazione e valutazione di tutti i suoi diversi aspetti. Si tratta infatti di un problema umanitario che ha implicazioni di carattere sanitario, civile e penale e dalla cui soluzione non può prescindere una società che intenda garantire la piena affermazione dei diritti della persona.

Una legislazione risalente ai primi del secolo ha a lungo considerato l'internamento in manicomio come una limitazione della libertà personale disposta dall'autorità giudiziaria con fini di carattere prevalentemente di custodia del malato e quindi soprattutto per isolarne la

potenziale pericolosità dal resto della comunità civile.

Con la legge 13 maggio 1978, n. 180, si prese finalmente atto dei profondi mutamenti della psichiatria: tale legge, recepita alcuni mesi dopo dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, affermava una nuova visione della malattia mentale, come una normale malattia che escludeva tutele differenziali e che pertanto veniva inserita nel quadro generale della tutela della salute dei cittadini.

Il problema attuale, però, non è soltanto quello principale di garantire in ogni caso il pieno rispetto della libertà e della dignità della persona umana, ma anche quello di adeguare tali principi alle reali conoscenze scientifiche

sulla malattia psichica, alla realtà socio-culturale del nostro paese ed alle pressanti esigenze di idonee strutture di assistenza del malato psichico.

Il presente disegno di legge, pertanto, vuole essere un momento di sintesi dell'evoluzione della materia negli ultimi dieci anni, ed in questo senso intende rifarsi al disegno di legge presentato in materia dal Governo il 15 marzo 1984, che infatti gettava, a parere dei proponenti, solide basi per la indispensabile integrazione della normativa del 1978.

Quel disegno di legge, infatti, proponeva di superare le gravi carenze dimostrate dalle regioni nell'istituire e nel far funzionare le cosiddette strutture intermedie sul territorio e si preoccupava di suggerire e promuovere gli interventi necessari per risolvere i problemi dell'assistenza ai malati cronici e quello di assicurare funzioni di pronto soccorso ad alcune strutture per malati acuti.

Qualche aggiornamento però è necessario sul piano di una ulteriore diversificazione delle strutture terapeutiche che siano quindi maggiormente in grado di adattarsi alla molteplicità ed alla non omogeneità delle patologie psichiatriche.

La pratica di questi anni, per esempio, ha dimostrato che è necessario porre la dovuta attenzione anche ai decorsi morbosi di durata media che richiedono trattamenti sanitari comunque prolungati, mentre è necessario trattare separatamente la psicoriabilitazione delle nevrosi più gravi. Pertanto, il presente disegno di legge individua una categoria intermedia tra i malati acuti e cronici. Si tratta dei malati per lo più giovani sottoposti a trattamenti che si possono definire «protratti» e che in media non durano oltre i due anni, per i quali dovranno essere previste strutture intermedie sul territorio, come i centri di salute mentale, le case albergo e gli ospedali, in cui il malato può trascorrere solo le ore diurne, ma anche gli ospedali notturni. In questi ultimi, infatti, i pazienti che hanno raggiunto un grado sufficiente di autonomia da poter essere inseriti nel mondo del lavoro e che subirebbero danni dal rimanere nell'ambito della famiglia, possono essere ricoverati solo per la notte, dopo il lavoro, in una struttura in grado di offrire loro adeguate terapie.

I predetti tipi di trattamento possono essere somministrati non solo in strutture autonome, ma anche nella stessa struttura dove sono inseriti i pazienti sottoposti al trattamento sanitario obbligatorio.

Dovranno essere inoltre apprestate tutte le strutture di assistenza psichiatrica idonee a realizzare pienamente il principio del trattamento sanitario obbligatorio a livelli di civiltà più avanzata, perchè questo strumento non sia più una sorta di mandato di arresto per un particolare tipo di carcere e divenga un più civile istituto giuridico che possa essere adottato in qualsiasi luogo si determinino garanzie sufficienti alla cura del paziente.

In questo senso, pertanto, con carattere innovativo rispetto al precedente disegno di legge del Governo, il presente provvedimento dispone che il trattamento sanitario obbligatorio sia prestato in ogni luogo idoneo, compreso il domicilio del paziente, conferendogli il carattere di *status* giuridico particolare, momento di osservazione e di protezione della personalità del sottoposto in attesa che egli possa tornare ad esplicare pienamente nella società civile i suoi diritti che, secondo un'espressione della dottrina giuridica, si potrebbero definire, in costanza del trattamento, «diritti in attesa di espansione».

Il punto della piena affermazione dei diritti della persona, anche durante il decorso di una malattia più o meno lunga, resta in ogni caso l'obiettivo principale e il momento qualificante della presente iniziativa poichè nessun risultato pratico, nessun successo sul piano sanitario potrà ottenersi se non si sarà prima di tutto compreso secondo quali principi deve avvenire l'approccio con il malato.

Un altro importante problema affrontato dal presente disegno di legge è quello del pronto soccorso che deve essere garantito al malato, in ogni caso, a spese e sotto la responsabilità delle pubbliche strutture.

Pertanto, obiettivo fondamentale del presente disegno di legge è non solo di garantire al cittadino affetto da una patologia che colpisce le facoltà mentali l'irrinunciabile diritto all'assistenza sanitaria, ma anche di offrirgli un aiuto tempestivo e tecnicamente adeguato alla sua specifica patologia secondo i dettami della più aggiornata dottrina.

La presente proposta vuole anche evitare che famiglie già provate perchè qualcuno tra i suoi componenti è stato colpito da tale patologia debbano essere di fatto sottoposte a nuove e stressanti prove per la ricerca di un luogo per il ricovero del proprio congiunto, che generalmente non trovano o trovano in regioni o province ben lontane da quelle di residenza. Pertanto è opportuna, insieme ad una definitiva depenalizzazione delle patologie psichiatriche, l'attuazione delle terapie in luoghi non lontani da quello di residenza.

Le difficoltà finora incontrate per inquadrare in modo razionale la materia hanno determinato evidenti scompensi organizzativi aggravati dalla non uniformità del quadro della situazione. Spesso, infatti, esistono sostanziali differenze tra i servizi di salute mentale organizzati dalle diverse regioni, il che richiede l'individuazione di precisi criteri di coordinamento dell'assistenza psichiatrica con quella sanitaria, nonchè di un preciso obbligo di approntare strutture intermedie ed alternative.

A tali esigenze intende venire incontro il presente disegno di legge che, in particolare, istituisce reparti residenziali per il trattamento sanitario obbligatorio in dipendenza delle specifiche terapie sia farmacologiche che dinamiche da somministrare ai pazienti a seconda delle singole patologie e - come si è detto - individua strutture divise in settori specialistici con scopi residenziali per lungodegenti e con funzioni psico-riabilitative, le quali fanno parte di un unico dipartimento di salute mentale.

Infine, affinchè la nuova legge abbia un'applicazione rigorosa e puntuale, è prevista la costituzione di una Commissione regionale con funzioni consultive di proposta e vigilanza in merito all'organizzazione dell'attività delle strutture pubbliche e private previste dal presente disegno di legge.

La via normativa per la quale si è ritenuto di procedere all'applicazione dei principi sopra esposti è la modifica degli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, completata da norme integrative, seguendo, come si è detto, l'impostazione del disegno di legge governativo in materia, della IX legislatura, nonchè, in parte, di una precedente iniziativa legislativa liberale che risale già al luglio 1983, e tenendo

conto delle risultanze emerse dai lavori del Comitato ristretto (testo Curci) costituitosi nella passata legislatura.

L'articolo 1 del presente disegno di legge (che integra il quarto comma dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833) estende, rispetto all'attuale normativa, ad ogni luogo idoneo l'applicazione dei trattamenti sanitari obbligatori. Rispetto a questi ultimi, l'articolo 2 (che sostituisce l'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833) richiede l'espletamento di ogni tentativo in grado di ottenere il consenso del paziente o di chi esercita la patria potestà in caso di minori degli anni quattordici. L'articolo 2, inoltre, fissa un termine di quarantotto ore dalla proposta del medico per il provvedimento del sindaco che dispone l'accertamento e il trattamento sanitario obbligatorio; in attesa di tale provvedimento i sanitari responsabili del paziente possono adottare gli interventi urgenti necessari. Inoltre, in casi di assoluta necessità, l'autorità locale di protezione civile può adottare provvedimenti urgenti nell'ambito della sua competenza, su proposta del medico psichiatra.

La durata del trattamento sanitario obbligatorio disposto dallo psichiatra responsabile del paziente può essere prorogata soltanto previa proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero.

L'articolo 3 (che sostituisce l'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833) stabilisce il diritto del sottoposto a trattamento sanitario, nonchè di ogni interessato, di proporre ricorso contro il relativo provvedimento emanato dal sindaco, anche se convalidato dal giudice tutelare e regola il relativo procedimento di fronte al tribunale. In particolare, è previsto che il presidente del tribunale può, sentito il pubblico ministero, sospendere il trattamento sanitario obbligatorio; il provvedimento dovrà poi essere confermato dal tribunale, in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, il ricorrente e in ogni caso il malato.

L'articolo 4 individua i servizi di salute mentale che dovranno essere organizzati su base dipartimentale dalla legge regionale.

Tali servizi formano il dipartimento di salute mentale, con organico unico e operante in connessione con i servizi socio-sanitari di base

e con gli altri servizi sociali degli enti locali, che dovrà essere coordinato da medici psichiatri di qualifica apicale o da docenti universitari del settore.

Si tratta del servizio di diagnosi, trattamento precoce e reinserimento dei malati, di prevenzione e di educazione sanitaria; servizio di pronto soccorso psichiatrico presso ospedali generali; servizio psichiatrico di diagnosi e cura per il trattamento degli stati acuti in regime di ricovero ospedaliero; servizi di assistenza psichiatrica per trattamenti protratti e servizi residenziali per lungodegenti.

In particolare, il servizio del primo tipo dovrà funzionare ventiquattro ore su ventiquattro, compresi i festivi e dovrà organizzare centri ambulatoriali e strutture alternative al ricovero quali, ad esempio, i *day hospital*.

I servizi di pronto soccorso psichiatrico non dovranno essere inferiori a uno per provincia e dovranno prevedere almeno un posto letto ogni 100.000 abitanti, mentre un letto ogni 10.000 abitanti dovrà essere il rapporto per i servizi psichiatrici di diagnosi e cura per il trattamento degli stati acuti in regime di ricovero ospedaliero.

Sono inoltre previste, nell'ambito dei servizi per i trattamenti protratti, particolari strutture di ricovero diurno e notturno, che potranno essere organizzate in comunità terapeutiche per il recupero degli psicotici giovani o in servizi ambulatoriali di psicoterapia, entrambi dotati di qualificati servizi di animazione.

Quanto ai servizi residenziali per i lungodegenti, il presente disegno di legge prevede un tipo di assistenza sanitaria o socio-sanitaria che includa servizi di riabilitazione psicofisica e di animazione.

Con l'articolo 5 viene stabilito che i beni mobili e immobili degli ex ospedali psichiatrici verranno utilizzati, se possibile, per le attività dei dipartimenti di salute mentale, altrimenti verranno alienati o trasformati per finanziare strutture alternative dei dipartimenti di salute mentale.

Il piano sanitario regionale, inoltre (articolo 6), dovrà stabilire il dimensionamento e la tipologia delle strutture dei dipartimenti di salute mentale, tenendo conto della popolazione, dei posti letto, della incidenza delle malattie mentali nella regione e degli obblighi

derivanti dalla legge. È devoluto altresì al Ministro della sanità di individuare le figure professionali del dipartimento di salute mentale e di disegnare i relativi profili professionali e il *curriculum* formativo.

L'articolo 7 affida alle singole università la gestione nei territori regionali in cui hanno sede le cliniche universitarie, di uno o più dipartimenti di salute mentale. Inoltre le università, nelle quali avranno rilievo gli stessi profili organizzativi e funzionali validi per i dipartimenti di salute mentale, avranno piena autonomia direzionale, gestionale e organizzativa dei servizi.

L'articolo 8 istituisce una commissione regionale con funzioni consultive di proposta e vigilanza sull'organizzazione, sull'attività e sui risultati ottenuti nelle strutture pubbliche e private, la quale dovrà riferire due volte l'anno all'assessore regionale alla sanità sull'attività svolta. È altresì previsto che il Ministro della sanità convochi, ogni sei mesi per i primi tre anni e poi annualmente, gli assessori regionali alla sanità, i quali dovranno riferirgli sullo stato di attuazione del presente disegno di legge.

L'articolo 9 vincola il 6 per cento del Fondo sanitario nazionale per il finanziamento dell'assistenza psichiatrica e prevede altresì che altri fondi vengano attinti dalle alienazioni, trasformazioni o permutazioni dei beni immobili degli ospedali psichiatrici preesistenti.

È inoltre previsto (articolo 10) che in alternativa al ricovero nei servizi residenziali per lungo-degenti, il dipartimento di salute mentale possa erogare sussidi in denaro, su richiesta dell'interessato o della famiglia di questi e solo a loro favore. A tal fine è però necessario, per evitare un uso distorto del sussidio, che la famiglia sia in grado di assicurare direttamente al paziente un'assistenza domiciliare all'altezza delle cure di cui questi necessita.

Sarà il Ministro della sanità, senza ulteriori oneri a carico del Fondo sanitario nazionale, a determinare i parametri dei sussidi alternativi al ricovero, e le eventuali limitazioni o modificazioni in relazione agli effetti pratici di tale strumento.

Si prevede inoltre, all'articolo 11, l'attribuzione di un ampio potere sostitutivo al Mini-

## X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

stro della sanità in caso di inadempienze regionali, sia nell'approvazione della legge regionale che organizza i servizi di salute mentale su base dipartimentale entro un anno dalla data di approvazione del presente disegno di legge, sia in caso di mancata attivazione dei vari servizi in cui si deve articolare l'assistenza psichiatrica. A questo ultimo riguardo si sono previsti due diversi limiti temporali: due anni per l'attivazione dei servizi di prevenzione per gli acuti e per il pronto soccorso e quattro anni per l'attivazione dei

servizi per i trattamenti protratti e per quelli dei lungodegenti. Naturalmente per attuare tali interventi sostitutivi il Ministro della sanità sottrarrà alle regioni inadempienti la quota parte del Fondo sanitario nazionale utilizzata per realizzare gli interventi sostitutivi stessi. È questa un'importante garanzia per attuare in tempi ragionevoli la nuova articolazione dei servizi di salute mentale.

L'articolo 12, infine, abroga le disposizioni incompatibili con il presente disegno di legge.

**DISEGNO DI LEGGE**

## Art. 1.

1. Il quarto comma dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate ovvero in qualunque altro luogo ove si determinino garanzie sufficienti alla cura del paziente ed alla sicurezza della comunità».

## Art. 2.

1. L'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 34. - (*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale*). - 1. In presenza di alterazioni psichiche che richiedono urgenti interventi terapeutici, il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale viene prestato solo dopo aver espletato ogni valido tentativo volto ad ottenere il consenso del paziente o, se minore di anni quattordici, di chi esercita la patria potestà.

2. Il trattamento sanitario obbligatorio è ordinato dal sindaco con provvedimento corredato della proposta medica motivata di cui all'articolo 33 e della sua convalida da parte di uno psichiatra del Servizio sanitario nazionale.

3. Il provvedimento è emanato entro quarantotto ore dalla convalida e notificato, entro quarantotto ore dal ricovero, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

4. I medici specializzati in psichiatria responsabili del paziente sottoposto al trattamento adottano, in attesa del provvedimento del sindaco, gli interventi di urgenza strettamente necessari, nell'interesse dell'infermo.

5. Nei casi di assoluta necessità lo psichiatra del servizio competente chiede l'intervento

dell'autorità locale di protezione civile che adotta i provvedimenti urgenti di sua competenza.

6. Il giudice tutelare assume entro quarantotto ore dalla notifica le informazioni e, disposti gli eventuali accertamenti anche a carattere peritale, può emettere decreto motivato di non convalida del provvedimento. In caso di mancata convalida, il sindaco dispone immediatamente la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio.

7. Lo psichiatra responsabile del paziente sottoposto al trattamento sanitario obbligatorio dispone, anche con protocolli di carattere generale, sulla durata del trattamento. Nei casi in cui sia necessario prolungare il trattamento oltre il termine di trenta giorni, come pure per ogni ulteriore prolungamento, il responsabile del paziente formula proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento. Si applicano le disposizioni di cui ai commi 3 e 6.

8. Se il provvedimento di cui al comma 2 è disposto dal sindaco di comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di quest'ultimo comune e da questi al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento è adottato nei confronti dei cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno ed al consolato competente, tramite il prefetto».

### Art. 3.

1. L'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 35. - (*Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale*). - 1. Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio e chiunque vi abbia interesse può proporre ricorso contro il provvedimento di cui all'articolo 34 ancorchè convalidato dal giudice tutelare.

2. Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o

in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

3. Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonchè al pubblico ministero.

4. Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

5. Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro tre giorni.

6. Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero e sentito il ricorrente ed in ogni caso il malato, dopo aver assunto le informazioni e raccolto le prove disposte dall'ufficio o richieste dalle parti.

7. Entro il termine di trenta giorni decorrenti dall'emanazione del decreto di cui al comma 6 dell'articolo 34 il sindaco può proporre ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

8. I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

9. Qualora ne sussista la necessità, il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possano occorrere per conservare ed amministrare il patrimonio dell'infermo.

10. Nel caso di nomina di un tutore, questi adempie all'ufficio secondo le disposizioni del codice civile sulla tutela dei minori».

#### Art. 4.

1. La legge regionale organizza i servizi di salute mentale su base dipartimentale, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Il dipartimento di salute mentale ha il compito di tutelare la salute mentale dei cittadini residenti nel territorio attraverso attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

3. Il dipartimento di salute mentale si articola:

a) in un servizio o centro territoriale di salute mentale per ogni unità sanitaria locale con compiti di diagnosi e trattamento precoce, di reinserimento di soggetti già ospedalizzati e di prevenzione ed educazione sanitaria. Detto servizio deve assicurare la sua funzionalità anche attraverso la reperibilità per ventiquattr'ore al giorno compresi i festivi ed istituire e gestire nel territorio di propria competenza centri ambulatoriali ed altre strutture alternative al ricovero come *day hospital* e piccole strutture residenziali protette. Inoltre il centro territoriale di salute mentale, ove possibile, garantisce un servizio di assistenza domiciliare per i pazienti residenti nel territorio di competenza;

b) in un servizio di pronto soccorso psichiatrico presso ospedali generali, nella misura non inferiore ad uno per provincia con una dotazione di posti letto fissata dal piano sanitario regionale in misura non inferiore ad uno ogni centomila abitanti. Si applicano a detto servizio le stesse normative vigenti per i presidi di pronto soccorso;

c) in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura per il trattamento degli stati acuti in regime di ricovero ospedaliero con una dotazione di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale e comunque non inferiore ad uno ogni 10.000 abitanti residenti nel territorio;

d) in servizi di assistenza psichiatrica per trattamenti protratti con fini prevalentemente psico-riabilitativi e dotati di strutture di ricovero, anche parziale, diurno o notturno, e di presidi ambulatoriali nel rispetto del principio della continuità terapeutica. Dette strutture possono essere dotate di servizi particolari come comunità terapeutiche per il recupero degli psicotici giovani o di servizi ambulatoriali di psicoterapia e dovranno essere dotati di servizi di animazione qualificati che garantiscano la mobilitazione fisica e psichica dei pazienti ai fini riabilitativi;

e) in servizi residenziali per lungodegenti come le case-albergo distinti tra quelli a carattere sanitario e quelli di assistenza socio-sanitaria con annessi servizi di riabilitazione psicofisica e di animazione. I servizi residenziali di assistenza socio-sanitaria svolgono funzioni di lunga degenza e di riabilita-

zione indirizzate a soggetti parzialmente autosufficienti o non autosufficienti. Essi, integrandosi funzionalmente all'interno del dipartimento di salute mentale, partecipano alla costituzione di una rete di presidi differenziati le cui tipologie, numero e qualità, vengono definite dalle norme attuative del piano sanitario nazionale.

4. Gli ospedali psichiatrici ad esaurimento ancora presenti nel territorio fanno parte del dipartimento di salute mentale.

5. Nel rispetto del principio della continuità terapeutica, il dipartimento di salute mentale ha un organico unico ed opera in connessione e continuità di intervento con i servizi socio-sanitari di base e con gli altri servizi sociali degli enti locali.

6. Alla funzione di coordinatore del dipartimento di salute mentale si accede mediante pubblico concorso riservato al personale medico specializzato in psichiatria che rivesta funzioni apicali nel servizio sanitario nazionale o da docenti universitari in discipline psichiatriche.

#### Art. 5.

1. I beni mobili ed immobili degli ex ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici di cui all'articolo 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, primo comma, lettera *b*), e le relative attrezzature sono utilizzati:

*a*) in via prioritaria - opportunamente riconvertiti secondo criteri definiti con decreto del Ministro della sanità, sentite le Commissioni parlamentari competenti - per attività dei dipartimenti di salute mentale, eccetto le attività di degenza ospedaliera in regime di ricovero totale di cui alle lettere *c*) e *d*) del comma 3 dell'articolo 4;

*b*) secondariamente, per essere alienati o trasformati con legge regionale ai sensi dell'articolo 66, settimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, vincolando il reimpiego ed il reinvestimento dei capitali ricavati all'allestimento di strutture alternative dei dipartimenti di salute mentale, alle strutture per lungodegenza ed alle strutture di pronto soccorso specialistico.

## Art. 6.

1. Il dimensionamento e la tipologia delle strutture dei dipartimenti di salute mentale sono stabiliti dal piano sanitario regionale entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge e tenuto conto della popolazione assistita, dei posti letto pubblici e convenzionati esistenti sul territorio, della incidenza delle patologie psichiatriche nella regione, e degli obblighi derivanti dalla presente legge.

2. L'organico dei dipartimenti di salute mentale comprende le figure professionali indicate con decreto del Ministro della sanità, entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, ed in particolare psichiatri, psicologi, infermieri specializzati in assistenza psichiatrica, assistenti sociali, terapisti occupazionali; entro il medesimo termine il Ministro della sanità fissa con proprio decreto il dimensionamento degli organici dei dipartimenti di salute mentale, in rapporto con la popolazione assistita ed i posti letto.

3. I profili professionali ed il relativo *curriculum* formativo, ove non siano previsti da altre norme, sono definiti con decreto del Ministro della sanità.

## Art. 7.

1. Nei territori regionali in cui hanno sede le cliniche universitarie, le regioni, con le convenzioni di cui all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, possono affidare alle singole università la gestione di uno o più dipartimenti di salute mentale.

2. Le predette convenzioni prevedono anche che le università, nello svolgimento di tali attività, si attengano agli stessi profili organizzativi e funzionali stabiliti per i dipartimenti di salute mentale dal Ministro della sanità e dalla regione competente.

3. È assicurata in ogni caso alle università l'autonomia direzionale e gestionale dei servizi e la possibilità di organizzare gli stessi in modo confacente alla prestazione di assistenza psichiatrica a favore di bacini di utenza multizonale e interregionale, nonchè

alle esigenze dell'attività didattica, di formazione e specializzazione professionale e di ricerca scientifica.

Art. 8.

1. Il Ministro della sanità fissa con proprio decreto, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le modalità con cui le regioni devono provvedere alla vigilanza sull'attività e sui risultati nelle strutture pubbliche e private convenzionate comprese nei territori e sotto la giurisdizione dei servizi di tutela della salute mentale.

2. A tali fini è costituita una commissione regionale con funzioni consultive di proposta e vigilanza composta da un funzionario del Ministero della sanità, un funzionario della regione, un funzionario del comune capoluogo di regione, un docente universitario di clinica psichiatrica, un coordinatore per ogni dieci dipartimenti di salute mentale, due rappresentanti dei familiari dei pazienti indicati dalle associazioni maggiormente rappresentative nella regione, un rappresentante delle case di cura convenzionate espresso dall'associazione maggiormente rappresentativa nella regione ed un rappresentante della specialità di psichiatria espresso unitariamente dagli ordini dei medici delle province che compongono la regione.

3. La commissione elegge al suo interno un presidente che è rinnovato ogni tre anni.

4. La commissione entro il 31 gennaio e il 31 luglio di ogni anno riferisce all'assessore regionale alla sanità sulla attività svolta.

5. La mancata trasmissione della relazione comporta la diffida da parte della regione ed, in ogni caso di inadempimento per due volte consecutive, lo scioglimento della commissione e la sua ricostituzione entro sessanta giorni.

6. Il Ministro della sanità convoca annualmente, e per i primi tre anni ogni sei mesi, gli assessori regionali alla sanità per conoscere lo stato di attuazione della presente legge.

## Art. 9.

1. Per il finanziamento dell'assistenza psichiatrica ed in particolare dei servizi di salute mentale assicurati dai dipartimenti come disciplinati dalla presente legge è vincolata una quota di spesa corrispondente, per il triennio 1988-1990, ad un ammontare del 6 per cento del Fondo sanitario nazionale, sia per la parte corrente, sia per la parte in conto capitale.

2. Al finanziamento dei servizi di salute mentale sono altresì destinati i proventi delle alienazioni, trasformazioni o permutate dei beni immobili degli ex ospedali psichiatrici ai sensi dell'articolo 5.

## Art. 10.

1. Qualora sussistano le condizioni, in presenza di espressione di volontà della famiglia e di richiesta dell'interessato, il dipartimento di salute mentale, su relazione motivata dei responsabili del servizio, firmata dal direttore, può disporre l'erogazione di sussidi in denaro, alternativi al ricovero nelle strutture di cui alla lettera e), comma 3, dell'articolo 4, nell'ambito dei finanziamenti di cui all'articolo 9 e nei limiti previsti dai successivi commi.

2. Beneficiario del sussidio può essere esclusivamente il paziente e la sua famiglia, solo nel caso che quest'ultima assicuri sotto la propria piena responsabilità idonea e completa assistenza domiciliare al paziente, nonché la tutela della sua sicurezza e quella dei terzi.

3. I sussidi, da erogarsi in caso di maggiore utilità terapeutica per il paziente, sono determinati secondo parametri fissati annualmente con decreto del Ministro della sanità, e non devono comportare ulteriori oneri aggiuntivi a carico del Fondo sanitario nazionale.

4. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità provvede, con proprio decreto, a disciplinare l'attivazione di flussi informativi di rilevazione qualitativa e quantitativa dei sussidi erogati e della loro incidenza nel contenimento dei ricoveri ai fini dell'accertamento del fabbisogno di cui al comma 1 e promuove il sistema di monitoraggio della spesa ai fini della sua programmazione.

## Art. 11.

1. Qualora le regioni non abbiano promulgato la legge regionale che organizza i servizi di salute mentale su base dipartimentale entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, o qualora non abbiano provveduto a realizzare le strutture previste dalla presente legge e dalla legge regionale entro il termine massimo di due anni per i servizi di cui alle lettere *a)*, *b)* e *c)* del comma 3 dell'articolo 4 e di quattro anni per i servizi di cui alle lettere *d)* ed *e)* del comma 3 dello stesso articolo, il Ministro della sanità è tenuto a provvedere con propri atti agli adempimenti risultanti parzialmente o totalmente disattesi; a tal fine è sottratto, dalle quote di ripartizione del Fondo sanitario nazionale spettanti alle regioni inadempienti, l'insieme delle spese e degli impegni finanziari previsti per l'intervento ministeriale sostitutivo.

## Art. 12.

1. Le norme incompatibili con la presente legge sono abrogate.